



Introduire la prévention combinée de l'infection du nouveau-né et l'hémorragie du post-partum à Madagascar:

Les étapes, les résultats et les perspectives



Community-Based Integrated Health Program (CBIHP), localement dénommé MAHEFA, est un programme de santé communautaire intégré financé par l'USAID pour cinq ans (2011-2016). Le programme a été mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), en partenariat avec Transaid et The Manoff Group, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène et le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Il a été réalisé dans six régions du nord et du nord-ouest de Madagascar (Menabe, SAVA, DIANA, Sofia, Melaky et Boeny). Durant la vie du programme, 6 052 agents communautaires (AC) ont été formés, équipés et supervisés pour fournir des services de santé de base dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile; la planification familiale et la santé reproductive, y compris la prévention des infections sexuellement transmissibles; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; la nutrition; la prévention et le traitement du paludisme. Les AC ont été sélectionnés par les membres de leur communauté, encadrés et supervisés par les responsables des centres de santé de base. Ils ont fourni des services selon le mandat qui leur est assigné dans la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). Dans ce cadre, à l'instar des autres acteurs communautaires impliqués dans le programme MAHEFA, ils ont accompli leur travail en volontaires.

Cette fiche technique fait partie d'une série de quinze fiches techniques produites par MAHEFA, et qui mettent en évidence des approches stratégiques choisies, des innovations, des résultats et des enseignements tirés du programme. Les thèmes abordés dans les fiches techniques concernent *la responsabilisation pour le changement de comportement, les groupes d'écoute radio, l'utilisation de la Fiche d'Evaluation par la Communauté ou FEC, l'introduction combinée de Chlorhexidine 7,1% / Misoprostol, l'approche Communes Championnes, la mobilité des agents communautaires, le système de transport d'urgence communautaire, le paludisme, la motivation des AC, la planification familiale et la jeunesse, WASH, eBox, les mutuelles de santé, les systèmes d'information pour la santé communautaire et le renforcement de capacité des ONG.*

Contexte Général

Une femme sur 52 risque de mourir de complications de la grossesse ou de l'accouchement dans les pays en développement, surtout en Afrique subsaharienne, or que la plupart des décès sont évitables¹. En outre, la mortalité des nouveau-nés constitue les 45 pourcent des décès annuels chez les moins de 5 ans. Elle survient particulièrement dans les pays en développement et 75 pourcent des nouveau-nés meurent à domicile et dans la première semaine de vie, dont 25 à 45 pourcent dans les premières 24 heures. Deux-tiers des principales causes des décès néonataux sont évitables, dont 15 pourcent sont attribuables aux infections². Le moignon du cordon ombilical fraîchement coupé pourrait être un point d'entrée de près de la moitié des infections. Le digluconate de Chlorhexidine à 7,1% w/w libérant de la chlorhexidine à une concentration de 4 pourcent (CHX) sous forme de gel ou liquide, en application unique ou multiple pour le soin du cordon ombilical à la naissance peut réduire la mortalité néonatale jusqu'à 38 pourcent³, et les infections graves jusqu'à 56 pourcent⁴. Par ailleurs, 90% des femmes meurent de complications de la grossesse ou de l'accouchement dans les pays en développement, et plus de la moitié en Afrique subsaharienne. Malgré, la plupart de ces décès maternels sont évitables.

Contexte de Madagascar

Après quinze années de régression, le niveau de mortalité néonatale est remonté à 26 pour mille naissances vivantes (NV) [IC 95 pourcent : 23 – 29] en 2012/13 à Madagascar. Cette augmentation est attribuée aux pratiques d'allaitement et de vaccination des nouveau-nés, ainsi qu'au contexte de crise socio-politique, qui a réduit l'accès aux services sanitaires⁵. Les principales causes de décès des nouveau-nés sont la prématurité (35 pourcent), l'asphyxie (29 pourcent), et les infections (17 pourcent)⁶, et les 2 premiers jours sont les plus critiques pour leur survie⁷.

Tout autant, la mortalité maternelle figure toujours parmi les problèmes de santé publique du pays (TMM à 478 pour 100 000 naissances vivantes ou NV). Les décès sont dus en premier lieu aux hémorragies ante ou postpartum (20 pourcent), et aux complications de l'avortement (16 pourcent). La moitié des femmes (51 pourcent) ne finit pas ses 4 consultations prénatales recommandées par l'OMS en cours de grossesse. Elles accouchent notamment à domicile (64 pourcent), surtout en milieu rural

1. OMS. Mortalité maternelle en 2005. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale. Genève. Organisation mondiale de la Santé. 2007

2. OMS. Nouveau-nés: réduire la mortalité. 2016. Aide-mémoire n°333. Janvier 2016

3. Soofi S, Cousens S, Imdad A, et al. Topical application of chlorhexidine to neonatal umbilical cords for prevention of omphalitis and neonatal mortality in a rural district of Pakistan: a community-based, randomized trial. *Lancet*. 2012;379(9820):1029–1036

4. Imdad A, Mullamy LC, and al. The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: a meta-analysis. *BMC Public health*. 2013;13 Suppl 3:S15. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S15 Epub 2013 Sep 17.

5. Institut National de la Statistique. 2012. «Enquête Nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012-2013». Objectif 4 Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans 63. Madagascar

6. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA/WHO). 2014. Neonatal and child health profile. Madagascar

7. Shefali Oza, Msc, and al. 2014. "Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study". *Lancet* 2014 ; vol2. Number 11 ; e 635.

8. République de Madagascar, Institut National de la Statistique. 2010. «Enquête Démographique et de Santé Madagascar, 2008-2009». Chap.8 santé de la reproduction 133. Madagascar.



(67 pourcent) et trois femmes sur cinq (56 pourcent) n'ont pas d'assistance qualifiée à l'accouchement⁸.

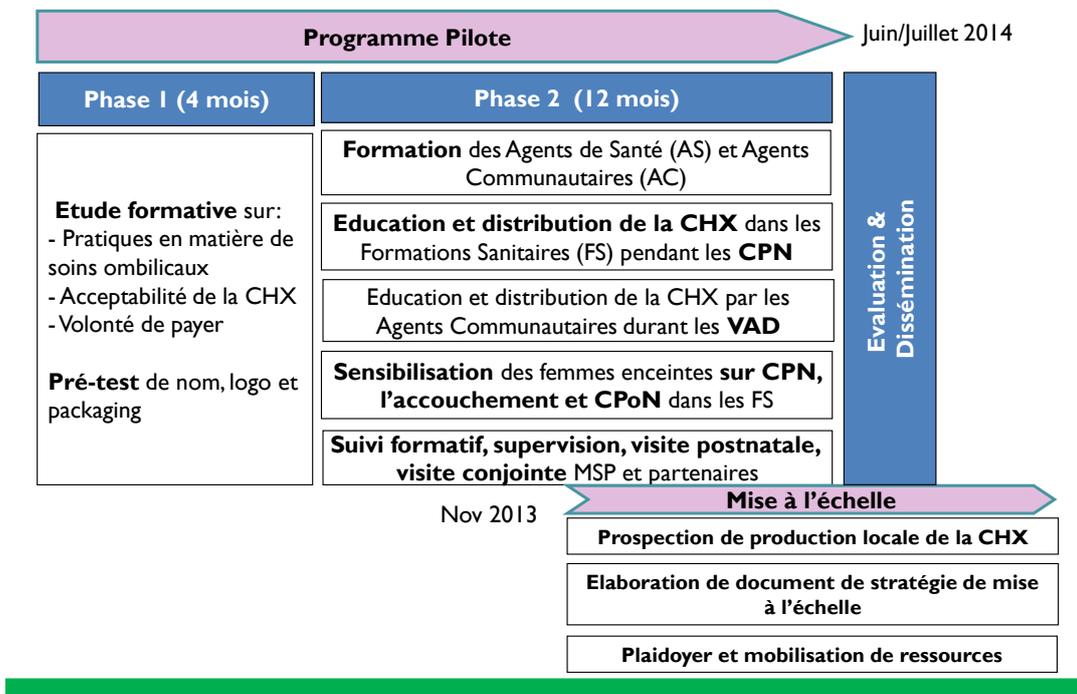
Madagascar a établi sa feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour 2015-2019. La feuille de route vise respectivement de réduire les mortalités maternelle et néonatale à 300 pour 100 000 NV et 17 pour 1 000 NV d'ici 2019.

Approche de MAHEFA

L'introduction de la CHX pour le soin du cordon ombilical du nouveau-né et du misoprostol pour prévenir l'hémorragie du post-partum (PHPP) a été une innovation de MAHEFA, combinée et pilotée dans deux districts, Mahabo (2013), région Menabe (11 communes) et de Vohémar (2014), région SAVA (19 communes)⁹.

Une étude de faisabilité et d'acceptabilité sur la CHX (phase 1 de la recherche opérationnelle), et des visites d'échanges (Népal, 2012 - Burkina Faso, 2013 – Mozambique, 2014) ont été des préalables à la mise en œuvre¹⁰. La mise en œuvre du programme introductif s'est faite dans les formations sanitaires et au niveau communautaire, à travers les agents communautaires dans leur Toby ou au cours des visites à domicile (phase 2 de la recherche opérationnelle). L'expansion s'est faite ensuite progressivement.

Figure 1. Méthodologie



Principales Activités

Le modèle développé par MAHEFA avait été lancé dans les districts sus cités. Les activités ont été réalisées selon un protocole de recherche préétabli, et dont les grandes lignes sont les suivantes :

1. Plaidoyer au niveau local : Pour démarrer les interventions, des séances d'information et de plaidoyer au niveau des autorités locales, des leaders communautaires et des mères sur la prévention des infections du nouveau-né et l'utilisation de la CHX ont été menées dans le district de Mahabo.

2. Elaborer, tester et valider les outils de formation et de communication (IEC et CCC) : un curriculum de formation a été élaboré et pré-testé, puis validé auprès des instances compétentes du ministère de la santé publique, puis intégré dans le module

9. Rakotavao J.P., Ribaira Y. 2013. Soins du cordon ombilical par la chlorhexidine 4% au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire dans le district de Mahabo. Protocole de recherche. Madagascar. 2013



Presque toutes les femmes (95 pourcent), enceintes vues à domicile par les ACs ont reçu des informations sur l'utilisation du misoprostol à Vohémar, 84 pourcent sur l'utilisation de la CHX, 7,1% dans les deux districts, 44 pourcent sur la promotion de la CPN, 43 pourcent sur la promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif et 26 pourcent sur le Plan d'accouchement.

Quatre-vingt-treize pour cent des femmes utilisatrices sont prêtes à recommander la CHX et 96 pourcent le misoprostol, 72 pourcent à 77 pourcent s'en approvisionneraient auprès des AC, 39 pourcent avec les agents de santé et 8 pourcent auprès des accoucheuses traditionnelles.

Dans les CSB, la distribution de chlorhexidine a permis d'accroître significativement le taux de CPN4 recommandées par l'OMS (de 31 pourcent à 68 pourcent pour Mahabo et de 42 pourcent à 69 pourcent pour Vohémar) et celui de l'accouchement assisté (de 41 pourcent à 57 pourcent pour Mahabo et de 51 pourcent à 72 pourcent pour Vohémar) entre 2012 à 2014.

Défis

Les AC ne pouvaient pas visiter systématiquement toutes les femmes après leur accouchement vu l'éparpillement des villages dans le *fokontany*. Cela a entraîné une réduction du nombre de femmes qui ont bénéficié d'éducation sur l'allaitement exclusif et d'autres messages importants sur la santé.

Le stock de CHX au CSB était insuffisant à cause des restrictions politiques. Tous les bébés nés au CSB ne pouvaient pas tous avoir de la CHX quand le CSB n'avait pas assez d'approvisionnement.

Les AC avaient des difficultés à intégrer les activités CHX/Misoprostol gérées de façon verticale dans l'ensemble de leur paquet de services, vu les exigences des demandes avec leur statut de bénévole. Les activités étaient devenues des fardeaux supplémentaires, entraînant une baisse de la motivation et du taux de rapportage des stocks et de l'utilisation des produits dans la communauté.

Etant donné que la CHX et le misoprostol étaient nouveaux à Madagascar, ils ont été distribués par le biais d'un système parallèle. Cela a créé une perturbation dans leur disponibilité, et par conséquent le CSB ou l'AC ne fait pas de rapportage en cas de rupture du produit.

Leçons Apprises et Recommandations

L'accélération de la mise à l'échelle est liée en grande partie à l'efficacité du fonctionnement, et la capacité de plaider et de mobilisation des ressources du Groupe Technique de Travail (GTT).

Les mères ont facilement accepté l'utilisation de la CHX en remplacement de l'alcool et du bandage, et celle du misoprostol, avec l'intention d'en réutiliser pour les prochaines grossesses.

Il a été observé que l'application de la CHX a conduit à un assèchement rapide et une chute tardive du moignon (jusqu'à 12 jours).

Retenir l'approche combinée de distribution de la CHX et de misoprostol dans la mise à l'échelle aux fins d'effets multiplicateurs pour la mère et son nouveau-né, surtout dans les communautés où l'accouchement à domicile prévaut.

Encourager les collaborations entre les AC et les matrones qui voient en premier les femmes enceintes, pour leur recherche active précoce et faciliter leur suivi et la distribution de produits.

Adopter la CHX comme soin standard national du cordon ombilical dans les soins essentiels au nouveau-né et intégrer le module de formation dans le curriculum des AC pour la survie de l'enfant ou la santé maternelle et néonatale.

POUR PLUS D'INFORMATION, VEUILLEZ CONTACTER:

JSI Research & Training Institute, Inc. | 44 Farnsworth Street, Boston, MA 02210 617.482.9485, www.jsi.com

Cette fiche technique a été rendue possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). JSI Research and Training Institute, Inc est entièrement responsable de son contenu, qui n'exprime pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.